



Racisme dans les soins



Le risque, si l'on sous-estime la douleur de certains patients, est de ne pas la soulager correctement ou de passer à côté d'un diagnostic (photo d'illustration). KEYSTONE

Le syndrome méditerranéen pénalise des patients



Un biais consiste à penser que certaines populations exagèrent la douleur. Ce qui peut avoir de graves conséquences. Les explications d'un médecin.

Caroline Zuercher

Une personne qui a la peau colorée, un nom à consonance étrangère ou un accent particulier est-elle soignée différemment? Cette question sera abordée dans le cadre de la Semaine contre le racisme, qui se tient autour du 21 mars. L'occasion d'évoquer le «syndrome méditerranéen», qui ne renvoie malheureusement pas à un régime à base d'huile d'olive, mais au risque d'être moins bien traité si l'on a certaines racines étrangères.

Jean-Baptiste Ngassop, chef de clinique adjoint au secteur des soins aux migrants à **Unisanté** Lausanne, connaît bien cette problématique. Interview.

Le syndrome méditerranéen, c'est quoi?

Il s'agit de l'idée que des personnes provenant d'un pays ou d'une région spécifiques ont tendance à manifester leur douleur de façon exagérée, parce qu'elles sont exubérantes ou appartiennent à une communauté qui a tendance à théâtraliser les choses. En fait, le sujet ne se limite pas à la Méditerranée: il a évolué avec les vagues migratoires, pour englober les populations venues d'Afrique du Nord, d'Afrique subsaharienne et même de Pologne. Ce phénomène a d'ailleurs d'autres noms - comme syndrome transalpin, maghrébin ou polonais.

Comment est-il né

précisément?

Ce concept est apparu après la Deuxième Guerre mondiale, avec l'importante vague migratoire en provenance d'Italie. Cette communauté présentait notamment des troubles liés à des difficultés d'adaptation et à une crise identitaire. Tout cela a pu se traduire par de vrais problèmes de santé. Les soignants ne s'étaient jamais retrouvés face à de telles pathologies et, au lieu de les examiner de façon objective, ils ont créé une catégorie particulière. On avait un problème médical qu'on ne maîtrisait pas, et on a simplifié les choses en évoquant une tendance à l'exagération.

Ce préjugé est-il toujours présent?

Oui. Les choses ont évolué, mais il arrive toujours que, dans leur prise en charge, les soignants soient influencés par différents préjugés liés aux races. Une étude menée aux États-Unis a par exemple montré que les Noirs américains sont sous-traités contre la douleur, par rapport aux Blancs américains. Il faut donc sensibiliser les médecins et les patients à ces questions pour éviter au maximum que de tels biais influencent la prise en charge.

En avez-vous été personnellement victime?

Je suis arrivé en Europe pour faire mes études de médecine et j'ai rarement été face à un médecin comme patient.

Quels sont les risques?

On risque de sous-traiter la douleur, mais aussi de passer à côté d'un diagnostic parce qu'on ne creuse pas assez. Prenons le cas d'une personne avec des maux de tête importants. Normalement, si un tel patient ressent des douleurs insupportables qui

ne répondent pas aux traitements classiques, il faut vérifier qu'il n'y a pas un autre problème, comme un saignement dans la tête ou une compression. On peut par exemple lui faire

«Ces questions n'étaient pas abordées durant les études. Aujourd'hui, beaucoup d'universités ont mis en place des modules d'enseignement sur les biais racistes en médecine. En parallèle, des centres spécialisés dans la prise en charge de la douleur ont été créés.»

Jean-Baptiste Ngassop

Chef de clinique adjoint au secteur des soins aux migrants à **Unisanté** Lausanne

passer un scanner. Mais si on sous-estime la douleur, on risque de lui proposer uniquement des médicaments. Ce qui peut avoir des conséquences dramatiques, voire fatales.

En France, des affaires ont éclaté suite à des décès. Et vous, avez-vous un exemple?

Un Africain avait plusieurs coupures à une cheville après être



tombé sur une porte vitrée. Aux Urgences, on a suturé les plaies sans tenir compte du fait qu'il se plaignait d'une douleur importante. L'homme est retourné au travail avec des cannes. Après cinq mois de souffrances, un examen plus approfondi a été effectué. Il s'est avéré que trois ligaments étaient sectionnés. Il a été opéré six mois après son accident. Il a fallu effectuer une greffe pour sauver sa cheville et le patient a été mis deux mois à l'arrêt car il avait trop forcé sur son pied.

D'un autre côté, n'y a-t-il pas des patients qui exagèrent leurs douleurs?

Permettez-moi de vous raconter une histoire que j'ai vécue lorsque j'étais médecin assistant. Je suivais un patient avec des douleurs lombaires. Un jour, il était en retard à un rendez-vous. Je l'attendais en regardant par la fenêtre. Je l'ai vu sauter du bus, puis faire un sprint pour entrer dans le bâtiment. Quand il est entré dans mon cabinet, il était plié en deux. Plutôt que de se dire qu'il simulait, il faudrait se dire qu'il était probablement incompris et qu'il exagérait ses

symptômes pour être entendu.

Les soignants sont-ils sensibilisés à ces questions?

Il y a quelques années, j'ai entendu parler du syndrome méditerranéen durant mes premières années de formation pratique. Ces questions n'étaient pas abordées durant les études. Aujourd'hui, beaucoup d'universités ont mis en place des modules d'enseignement sur les biais racistes en médecine. En parallèle, des centres spécialisés dans la prise en charge de la douleur ont été créés. Ils permettent dans de nombreux cas de proposer des solutions aux patients.

Et les patients, que peuvent-ils faire?

Ils doivent savoir que ce biais existe pour pouvoir réagir s'ils pensent en être victimes. Si c'est le cas, il y a dans la plupart des hôpitaux des équipes de médiateurs prêtes à les écouter. Je leur conseille de s'adresser à elles.

Une table ronde sur les discriminations dans les soins a lieu jeudi 21 mars à Genève de 19 h à 21 h à l'auditoire de pédiatrie des HUG (45, avenue de la Roseraie).

